



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**



JEFFERSON FELLYPHE RODRIGUES

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PREVALÊNCIA DA SÍNDROME
DE BURNOUT E AUTOPERCEPÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO
TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB**

João Pessoa
2018

JEFFERSON FELLYPHE RODRIGUES

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PREVALÊNCIA DA SÍNDROME
DE BURNOUT E AUTOPERCEPÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO
TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Fisioterapia do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal da
Paraíba para obtenção do título de Bacharel
em Fisioterapia.*

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone dos Santos Maciel

João Pessoa

2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696c Rodrigues, Jefferson Fellyphe.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PREVALÊNCIA DA
SÍNDROME DE BURNOUT E AUTOPERCEPÇÃO DE DANOS
RELACIONADOS AO TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA/PB / Jefferson Fellyphe Rodrigues. - João
Pessoa, 2018.
47 f. : il.

Orientação: Simone dos Santos Maciel.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Síndrome de burnout. Unidades de terapia intensiva.
I. Maciel, Simone dos Santos. II. Título.

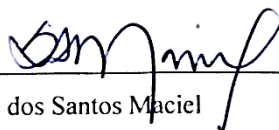
UFPB/BC

JEFFERSON FELLYPHE RODRIGUES

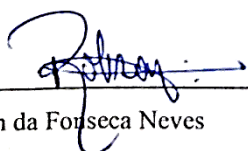
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT, CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS E AUTOPERCEPÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO
TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Aprovado em 01 de maio 2018.

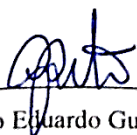
Banca Examinadora



Prof.ª Dra. Simone dos Santos Maciel



Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso a todos os profissionais do Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho que fizeram parte desse estudo e contribuíram para sua execução.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Paulo Pinto Rodrigues e Maria Sineide Siqueira pela educação, suporte e carinho que sempre estiveram presente em nossa família. Tudo o que sou, sou por conta deles e do seu amor.

Aos meus familiares que acompanharam minha trajetória e me apoiaram com palavras de incentivo e motivação, em especial aos meus irmãos Stephanye e Ruan.

Aos meus amigos e irmãos da Fisioterapia, todos esses anos consolidaram uma família que se fez presente nas situações mais difíceis e também nas mais alegres, sou extremamente grato pelo convívio que tive com cada um. Em especial ao grupo “Caliente”, apelido dado pela Prof.^a Neide, Thayse, Wellington e Paloma foram os amigos mais fieis, dedicados e amorosos que já tive o prazer de conhecer, um amor puro e verdadeiro. Ao meu amigo Junio, que me apoio em tudo, sempre esteve disponível para ajudar e se transformou em nossa referência como pessoa e profissional.

Aos meus mestres, Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito e Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves Vasconcelos por toda inspiração e exemplo, por me ensinarem o verdadeiro significado da palavra CUIDAR, pela gentileza e atenção que sempre tiveram comigo. Assim como a Prof.^a Dr. Karen Lúcia e Danielle Dorand, pelos ensinamentos e principalmente pela humanização, a alegria da Neuro na clínica escola se propaga por vocês. Além de todos os professores e profissionais deste departamento que contribuíram para minha formação durante esses anos.

Ao LEPASC e todos os integrantes, o lugar mais acolhedor e educativo do bloco de fisioterapia.

A todos os profissionais do Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, em especial as meninas do CEP e a Chris que foi meu braço direito e esquerdo no Edson Ramalho.

Em especial a minha orientadora Profa. Dra. Simone dos Santos Maciel que me acolheu desde o primeiro dia em que lhe procurei, que aceitou me guiar nessa jornada de conciliar minhas paixões da Fisio (saúde coletiva e intensiva) e que me ensinou a importância da competência, da humanização e da coragem para enfrentar os desafios e defender nossa profissão.

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Burnout é um distúrbio psiquiátrico de caráter depressivo com aspectos característicos de esgotamento físico e mental, a unidade de terapia intensiva, apresenta um contexto agravante para o desenvolvimento da síndrome. **Objetivo:** Identificar a presença de aspectos relacionados à síndrome de burnout em profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva no município de João Pessoa/PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Os instrumentos utilizados foram o Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) e a Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho – EADRT. A amostra ($n = 61$) foi composta por 87% de participação feminina, com idade média de 37,57 ($\pm 8,1$) anos, em que, 74% trabalhavam mais de 30 horas semanas. Os dados foram submetidos a análise descritiva e distribuição de frequência, foi utilizado Teste t independente e o teste qui quadrado de Pearson, sendo considerado significativos os valores de ($p \leq 0,05$). **Resultados:** A síndrome foi encontrada em maior porcentagem entre os Enfermeiros (48%), Técnicos de enfermagem (38%) e, por fim, Fisioterapeutas (20%); nas categorias do MBI-HSS analisadas, prevaleceu o alto índice para Exaustão Emocional (25%) e para a Insatisfação Profissional (26%). O estudo encontrou associação significativa entre a síndrome e o tipo de profissão do respondente ($p = 0,000088$), bem como, seu nível de formação (0,000012). Além disso, o teste t independente demonstrou correlação entre a carga horária semanal e os níveis de despersonalização ($p = 0,039$). **Conclusão:** O estudo sugere a presença da síndrome de burnout, bem como a autopercepção dos profissionais sobre os sinais e sintomas físicos, psicológicos e sociais de danos laborais.

Palavras-chave: síndrome de burnout. unidades de terapia intensiva. saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: The Burnout Syndrome is a psychiatric disorder of a depressive nature, with characteristic aspects of physical and mental exhaustion, the intensive care unit, presenting an aggravating context for the development of the syndrome. **Objective:** Identify the presence of aspects related to burnout syndrome in professionals who work in the Intensive Care Units in the city of João Pessoa / PB. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory study with cross-sectional and quantitative approach. Were used the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) and the Work-related Damage Assessment Scale (WRDAS). The sample (n = 61) was composed of 87% female participation, with average age of 37.57 (\pm 8.1) years, 74% working over 30 hours weeks. Data analysis was performed using the softwater SPSS 23.0 version, the data were submitted to descriptive analysis and frequency distribution, independent t-test and Pearson's chi-square test were used, values of ($p \leq 0.05$) being considered significant. **Results:** The syndrome was found in a higher percentage, among Nurses (48%), Nursing technicians (38%) and Physiotherapists (20%); in the categories of MBI-HSS analyzed, the high index for Emotional Exhaustion (25%) and Professional Dissatisfaction (26%) prevailed. The study found a significant association between the syndrome and the type of profession responder ($p = 0.000088$), as well as their level of training (0.000012). Furthermore, independent t test showed correlation between the weekly schedule and depersonalization levels ($p = 0.039$). **Conclusion:** Has been identified as a burnout syndrome, as well as a autopreenchida intervention on signs and physical, psychological and social symptoms of labor damage.

Keywords: burnout syndrome. intensive care units. occupational health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos intensivistas participantes da pesquisa.....	20
Tabela 2 - Perfil profissional dos intensivistas participantes da pesquisa.....	22
Tabela 3 - Distribuição dos níveis da síndrome de burnout por dimensão.....	23
Tabela 4 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a ocorrência da síndrome de burnout entre intensivistas.....	25
Tabela 5 - Análise estatística da variável carga horária em relação as dimensões da MBI..	26
Tabela 6 - Distribuição dos níveis de acometimento laboral por dimensão.....	26
Tabela 7 - Análise da distribuição de frequência e média de cada domínio do instrumento EADRT dos profissionais intensivistas pesquisados.....	27
Tabela 8 - Análise estatística da variável carga horária em relação com as dimensões da EADRT.....	28
Tabela 9 - Análise estatística dos danos físicos em relação as dimensões da MBI-HSS.....	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. METODOLOGIA.....	14
3.1 Tipo de Estudo.....	14
3.2 Local da Pesquisa.....	15
3.3 População e Amostra.....	15
3.4 Posicionamento Ético.....	16
3.5 Instrumentos.....	16
3.6 Procedimentos.....	19
3.7 Análise Estatística.....	19
4. RESULTADOS.....	20
4.1 Resultados do perfil sociodemográfico e profissional.....	20
4.2 Resultado da análise da prevalência da síndrome de burnout.....	23
4.3 Resultados da análise da prevalência de doenças ocupacionais.....	26
5. DISCUSSÃO.....	29
6. CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES	44
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
Apêndice B – Questionário Sociodemográfico/Laboral.....	45
ANEXOS.....	46
Anexo A – <i>Maslach Burnout Inventory</i> – <i>MBI</i>	46
Anexo B – Escala de avaliação de danos relacionados ao trabalho – EADRT.....	47

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a globalização da economia e da informação tem gerado grandes mudanças no cenário político-social, os impactos resultantes dessas mudanças remodelam constantemente as interações do mundo do trabalho. O entendimento das consequências do trabalho sobre a saúde tem se intensificado desde o século XX, o trabalho não é apenas uma atividade geradora de bens materiais, mas uma relação sociocultural em que o indivíduo reafirma sua identidade e seus valores.

Sendo assim, o trabalho pode gerar aspectos positivos e negativos na saúde dos trabalhadores, o sofrimento no trabalho é entendido “como o espaço de luta que ocorre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e, de outro, a doença mental ou a loucura” (DEJOURS, 1993, p. 153). Inicialmente, o conceito de saúde ocupacional abordava os trabalhadores como pacientes ou objetos de intervenção profissional, hoje, sabe-se que a saúde do trabalhador contempla os trabalhadores como sujeitos políticos coletivos detentores de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Os primeiros programas que antecederam o SUS tinham como fundamento a dimensão assistencial com base em três pilares: diagnosticar a doença, orientar o trabalhador e acompanhar as patologias decorrentes do trabalho. O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, determinava como requisitos para o pleno exercício da saúde dos trabalhadores, o trabalho em condições dignas e o controle dos trabalhadores sobre os processos e o ambiente de trabalho (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

A Constituição Federal de 1988 determina que ao Sistema Único de Saúde compete:

“Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII – colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).”

A saúde do trabalhador foi fomentada no Brasil com o próprio desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, com base em seus princípios de acesso universal, integralidade da atenção, descentralização e participação social. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) representou grande avanço na proteção dos trabalhadores, no dia 11 de novembro de 2012, a Portaria nº 2.728 integrou o RENAST aos Centros de

Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a homologação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, contribuiu, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

O ambiente hospitalar, por ser um local tipicamente insalubre, agrega muitos riscos à saúde dos trabalhadores. A exposição diária a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais criam a necessidade de um olhar minucioso sobre os mecanismos de adoecimento dos profissionais da saúde e as repercussões no ambiente de trabalho. A legislação brasileira classifica os riscos ocupacionais como físicos, químicos e biológicos; estes riscos podem causar danos aos trabalhadores dependendo da concentração, intensidade ou tempo de exposição (BUSCHINELLI, 2014).

A unidade de terapia intensiva (UTI) apresenta um contexto ainda mais propenso aos riscos laborais, esse ambiente é caracterizado por excessiva carga de trabalho, longa jornada, risco biológico, contato direto com situações limite, elevado nível de tensão e baixos salários. O número elevado de emergências na UTI, seja pela especificidade do trabalho ou pelo ambiente, expõe os profissionais a diversos riscos ocupacionais, nesse contexto, por serem ambientes fechados, com rotinas desgastantes, que envolvem questões éticas e tomada de decisões difíceis, existe ainda o convívio com o sofrimento, morte e toda gama de imprevisibilidade (AMARAL; PINHEIRO; LA CAVA, 2011; SOBRINHO et al., 2010).

A exposição ao sofrimento do paciente, ao processo de morte e a constatação de finitude da vida humana, gera um desgaste físico, emocional e psíquico intenso. A fragilidade dos pacientes provenientes de procedimentos assistenciais desconfortáveis, invasivos e dolorosos, contribuem para o aumento da tensão psíquica e afetam negativamente a qualidade de vida do trabalhador (BATAILLE, 2014; MATOSO; RODRIGUES, 2016).

Além dos fatores de risco originários da interação profissional – paciente, a carência de interação e comunicação interprofissional pode convergir em comportamentos negativos mediante resposta a condições de trabalho precárias, escassez de recursos, situações conflitantes com a equipe, pacientes e familiares. Até mesmo a falta de recursos humanos suficiente para suprir a demanda enfrentada no dia a dia e a baixa capacitação dos profissionais podem acarretar conflitos geradores de estresse ocupacional. (NICOLAU, 2014; SILVA; CRUZ, 2008;).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, o estresse ocupacional é uma importante questão de saúde mundial, sua elevada progressão tem gerado impacto negativo na saúde física e mental dos trabalhadores, interferindo na produtividade de suas atividades, até mesmo, em casos graves, culminando em afastamento laboral. Nesse contexto destaca-se a

síndrome de burnout, que é caracterizada por um elevado e crônico nível de estresse (CARLOTTO; DIAS; BATISTA, 2015).

O burnout é uma síndrome de caráter psicológico decorrente da sobrecarga emocional, definida como um transtorno adaptativo ao estresse crônico, o desenvolvimento da síndrome é insidioso e geralmente passa despercebido pelo indivíduo, as consequências negativas podem atingir tanto o nível individual quanto coletivo, no ambiente de trabalho, familiar ou social (RIBEIRO; FARJADO, 2011; TRIGO, 2010). No estudo realizado por Gianasi e Oliveira (2014), o significado de burnout está fortemente associado ao cansaço e estresse, a síndrome tem múltipla sintomatologia e pode acometer qualquer profissional, no entanto, suas manifestações tem demonstrado maior frequência entre os profissionais da saúde.

A síndrome é composta por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização (desumanização) e a reduzida realização profissional, a exaustão emocional é considerada o núcleo da síndrome, caracterizada pela exaustão física e emocional, o indivíduo desenvolve sentimentos de sobrecarga que vão além da sua própria capacidade de recurso. (MASLACH; LEITER, 2008). Devido ao constante contato com pacientes e familiares, vivenciando situações de estresse, o desgaste pode transformar o trabalho em algo nocivo e afetar a vida pessoal do trabalhador, além de criar uma barreira entre o profissional e as pessoas de quem ele está cuidando (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

A despersonalização se refere ao componente interpessoal, os sinais são manifestados através do distanciamento emocional do profissional com os pacientes ou com os colegas de trabalho. Em níveis altos, o indivíduo torna-se desprovido de afetividade e acompanhado de sentimentos negativos com atitudes e condutas de cinismo. Essa dimensão é considerada como elemento defensivo da síndrome (BATISTA et al., 2013; MASLACH; JACKSON, 1981).

O estudo de Pereira et al., (2014), demonstra que níveis de despersonalização elevados podem comprometer a qualidade dos serviços prestados aos pacientes, atitudes despersonalizadas correspondem a comportamentos de cinismo e frieza na relação estabelecida com os pacientes, familiares e até mesmo com os colegas de trabalho, sendo assim, a despersonalização é considerada como incentivadora de comportamentos antiéticos.

A realização pessoal reduzida está relacionada com o decréscimo do bem-estar do profissional com sua profissão, ocorrendo a perda da satisfação e eficiência no trabalho, aumento da irritabilidade, baixa produtividade, deficiência de relacionamento profissional e perda da motivação, tornando-se infeliz e insatisfeito. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Os sinais e sintomas da síndrome de burnout são caracterizados por fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dor muscular, dor de cabeça, enxaqueca, imunodeficiência, doenças cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório e disfunção sexual (BARBOSA et al., 2017). O perfil do profissional suscetível ao aparecimento da síndrome de burnout, em geral, abrange profissionais cansados, insatisfeitos, com poucas horas de sono e que acreditam que suas condições de trabalho são insatisfatórias.

Os fatores de risco podem ser distribuídos em quatro grupos: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. Dentro da organização destacam-se os fatores como excesso de normas, falta de autonomia, frequentes mudanças de regras, mau relacionamento com a equipe, entre outras; no individual destacam-se fatores como o tipo de personalidade, caráter, nível educacional, gênero, entre outros; no grupo trabalho, encontramos fatores como sobrecarga, baixo nível de decisão, atividade laboral, trabalho por turno, responsabilidade sobre a vida de outros e por fim, no nível social, fatores como suporte social e familiar, valores e normas culturais são as mais recorrentes. O desencadeamento da síndrome é multicausal, envolve múltiplos fatores sociodemográficos e laborais, dos quais as mudanças socioambientais fazem parte de todo o processo (SZKLAR, 2011; TRINDADE; LAUTER, 2010).

Considerando a importância do trabalho realizado pelos intensivistas ao lidarem com pacientes de alto risco, a identificação precoce do estágio de desenvolvimento da síndrome pode subsidiar intervenções individuais e organizacionais, para a prevenção de situações que repercutam na incapacidade do trabalhador e que comprometam o atendimento dos pacientes. Garantindo propostas de intervenção que potencializem a eficácia das ações preventivas e protetivas dos profissionais. (EMBRIACO et al., 2007; MASLACH; LEITER, 2008; RODRIGUES; BARBOSA; CHIAVONE, 2013).

A complexidade das unidades de terapia intensiva e as singularidades dos profissionais que compõem esse universo laboral exibem uma gama de variáveis que ainda representam uma lacuna na literatura, a influência e o impacto que cada uma delas desempenham no desenvolvimento da síndrome não está totalmente elucidado. Nenhuma profissão está livre dos riscos de desenvolver a síndrome de burnout, o trabalho na unidade de terapia intensiva expõe toda equipe multiprofissional que atua neste ambiente. Nesse sentido, sem a pretensão de esgotar, mas com o propósito de contribuir, nosso estudo buscou estimar a prevalência de burnout em fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem que desempenham suas funções em unidades de terapia intensiva no município de João Pessoa/PB.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a presença de aspectos relacionados à síndrome de burnout em profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva no município de João Pessoa/PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva no município de João Pessoa/PB;
- 2.2.2. Estimar a prevalência da síndrome de burnout através do inventário *Maslach Burnout Inventory – MBI*;
- 2.2.3. Avaliar a autopercepção dos profissionais sobre a presença de doenças ocupacionais através da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho – EADRT;
- 2.2.4. Analisar a influência de fatores sociodemográficos e ocupacionais no surgimento da síndrome de Burnout;

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, com amostra composta por profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva do município de João Pessoa/PB. Buscou-se estudar a distribuição de frequência da síndrome de burnout e dos agravos físicos, psicológicos e sociais em função de variáveis ligadas ao tempo e espaço, além da autopercepção dos profissionais sobre os danos relacionados as suas atividades laborais, com intuito de detalhar o perfil epidemiológico, visando o aperfeiçoamento de ações de prevenção e promoção da saúde ao público estudado.

3.2 Local do estudo

Os campos de pesquisa foram os hospitais de gestão pública: Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW e Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho - HPMGER, ambos, localizados no município de João Pessoa/PB. Os critérios de inclusão para a escolha destes hospitais foram: ser uma instituição pública, oferecer atendimento de alta complexidade, dispondo de unidade de terapia intensiva, está localizado na região metropolitana da capital do estado da Paraíba e a concordância da direção da instituição com os termos e condições de aplicação da pesquisa.

O Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho - HPMGER é administrado pelo estado, é um dos hospitais de maior demanda da capital, atendendo grande partes das ocorrências da região e casos oriundos do interior. O HPMGER possui uma UTI adulta e uma UTI Neo/pediátrica, a UTI adulta dispõe de seis leitos e um isolamento, já a UTI neo/pediátrica dispõe, atualmente, de sete leitos e um leito de isolamento. Todos organizados e equipados com os instrumentos necessários para o suporte avançado de saúde e foi observado o uso da capacidade máxima dos leitos.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley é uma instituição federal administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, possui duas UTI's voltadas para o público adulto (UTI A e B), uma UTI neonatal e uma UTI pediátrica. A distribuição de leitos entre as unidades de terapia intensiva do HULW configura-se da seguinte forma, UTI adulta, A e B: sete leitos e um isolamento, em cada; UTI Pediátrica: três leitos e um isolamento e UTI Neonatal: seis leitos (incubadora neonatal). Todas as unidades são organizadas e paramentadas com equipamentos e materiais necessários inerentes a prestação de serviço de alta complexidade, foi observado o uso de todos os leitos, alguns, com pacientes internos de longa data.

3.3 População e Amostra

A população elegível para o estudo foi constituída por profissionais (Fisioterapeutas, Enfermeiros, e Técnicos de Enfermagem) em pleno exercício nas unidades de terapia intensiva das instituições selecionadas. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: profissionais que concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, profissionais em pleno exercício nas unidades de terapia intensiva, no mínimo, há seis meses e possuir carga horária igual ou superior às 20 horas semanais. Os

critérios de exclusão aplicados foram não comparecer ao serviço no período em que ocorreu a coleta, profissionais que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os questionários identificados como incompletos por omissão em qualquer uma das escalas.

Para o cálculo amostral foi utilizado o software G* Power 3.1.0 e os procedimentos seguiram as recomendações de Beck (2013). A priori, foi adotada uma potência de 0,95 considerando um nível de significância de 5%; coeficiente de correlação de 0,5; correção de não esfericidade de 1; e um tamanho de efeito de 0,25 e para tanto, foi calculado um “n” total de 57 sujeitos, para 3 grupos de 19 sujeitos. Esta análise foi realizada para reduzir a probabilidade de erro do tipo II e para determinar o número mínimo de indivíduos necessários para esta investigação. Assim, o tamanho da amostra será suficiente para fornecer 95,96% de poder estatístico.

Após inspeção minuciosa dos instrumentos, foram analisados os questionários de 61 profissionais intensivistas que desempenham suas atividades nas unidades de terapia intensiva nos hospitais selecionados para o estudo.

3.4 Posicionamento Ético

O presente estudo foi aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB - Hospital Universitário Lauro Wanderley - Plataforma Brasil, CAEE: 86693018.1.0000.5183. Todos os participantes do estudo foram esclarecidos previamente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), de acordo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisa em seres humanos.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Questionários

Foram utilizados neste estudo três questionários, o *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* - MBI-HSS (anexo A), a Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho – EADRT (Anexo B) e o questionário construído para identificar os dados sociodemográficos e laborais dos profissionais participantes da pesquisa (Apêndice B). Todos os questionários são validados, traduzidos e adaptados para a língua portuguesa.

3.5.2 Maslach Burnout Inventory – MBI-HSS

A Síndrome de Burnout (SB) foi mensurada com o instrumento *Maslach Burnout Inventory – MBI-HSS*, um questionário autoaplicável que avalia como o sujeito vivencia seu trabalho de acordo com as três dimensões estabelecidas pelo modelo teórico de Maslach e Leiter (2008), são elas: a exaustão emocional (EE), a despersonalização (DE) e a reduzida realização profissional (RP).

Portanto, o instrumento se divide em três subescalas que contemplam as três dimensões supracitadas, o questionário contém 22 itens distribuídos no seguinte modelo: as questões (1,2,3,6,8,13,14,16 e 20) avaliam o nível de exaustão emocional, as questões (4,7,9,12,17,18,19 e 21) estão relacionadas à realização profissional e as questões (5,10,11,15 e 22) com a despersonalização (DANTAS, 2011). A pontuação das questões abordadas adota a escala do tipo *Likert* que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes ao mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana, (6) todos os dias (DA SILVA, et al., 2015).

Inicialmente, cada subescala foi analisada usando os parâmetros fornecidos por Maslach (1998), sendo que para a subescala de Exaustão Emocional, a pontuação maior ou igual a 27 é indicativo de alto nível de exaustão, o intervalo entre 17 e 26 corresponde a valores moderados e os valores iguais ou menores que 16 indicam baixo nível de exaustão. Na subescala de Despersonalização, pontuação igual ou superior a 13 indica alto nível de despersonalização, o intervalo entre 7 e 12 é descrito como nível moderado e o valor igual ou menor que 6 indica baixo grau de despersonalização.

A subescala de Realização Profissional apresenta uma medida inversa, ou seja, quanto menor for o valor obtido nessa dimensão menor será a satisfação profissional do trabalhador avaliado, consequentemente aumentando seu nível de ineficácia e esgotamento no campo de trabalho. Sendo assim, a pontuação igual ou inferior a 31 indica alto nível de ineficácia, as pontuações entre 32 e 38 indicam um nível moderado e o valor igual ou maior a 39 representa um nível baixo de ineficácia, ou seja, baixo nível de esgotamento.

3.5.3 Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho - EADRT

O segundo instrumento utilizado para coleta foi a Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho - EADRT, essa escala é um dos componentes do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA, instrumento desenvolvido e validado por Mendes

e Ferreira (2007). O ITRA é composto por quatro escalas, são elas: escala de avaliação do contexto do trabalho - EACT; escala de custo humano do trabalho - ECHT; escala de indicadores prazer-sofrimento no trabalho – EIPST e a escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho – EADRT. O ITRA tem como objetivo traçar um perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento, avaliando dimensões da inter-relação do trabalho e processos de subjetivação dos trabalhadores. (MENDES; FERREIRA, 2007).

A escolha da escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho foi motivada pela necessidade de identificar a autopercepção dos intensivistas sobre os danos ocasionados a sua saúde decorrentes do seu posto de trabalho. As consequências desses danos são avaliadas em três dimensões: danos físicos, relacionados a distúrbios biológicos como dores no corpo, distúrbios respiratórios, digestivos, circulatórios, alterações do sono e apetite; danos psicológicos, descritos como sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral, sentimentos como amargura, mau-humor, tristeza e solidão; e os danos sociais, que descrevem as dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho, familiares e amigos. (MENDES; FERREIRA, 2007).

A pontuação de cada domínio é realizada por uma escala do tipo *Likert*, cuja a proposta é avaliar os danos provocados nos últimos seis meses, apresentando as seguintes opções: (0) significa nenhuma vez, (1) uma vez, (2) duas vezes, (3) três vezes, (4) quatro vezes, (5) cinco vezes e (6) seis vezes. Como os itens são negativos, quanto maior o escore, maior a possibilidade de doença ocupacional, o resultado considera o desvio padrão de cada domínio como critério de classificação.

A classificação é distribuída em quatro níveis: desvio padrão acima de 4,1 avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais; escores entre 3,1 e 4,0 avaliação moderada para frequente, classificado como grave; escores entre 2,0 e 3,0 avaliação moderada, classificado como crítico e abaixo de 1,9 avaliação mais positiva, classificado como suportável. (MENDES; FERREIRA, 2007).

3.5.4 Questionário de Identificação dos Dados Sociodemográficos e Laborais

Quanto ao questionário de identificação dos dados sociodemográficos e laborais, foram coletadas informações gerais divididas em dois blocos, o primeiro bloco de perguntas levanta informações como sexo, idade, estado civil, número de filhos e a prática atividade física.

O segundo bloco aborda questões sobre o tipo de profissão, nível de formação, carga horária semanal de trabalho, quantidade de UTI's em que exerce atividade, tempo em que exerce atividade na UTI, situação de vínculo empregatício e se exerce outra atividade profissional além da realizada na instituição pesquisada.

3.6 Procedimento

A coleta de dados foi realizada simultaneamente no Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho no período de julho a setembro de 2018 após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB - Hospital Universitário Lauro Wanderley na Plataforma Brasil. Todos os profissionais foram abordados e convidados para participarem da pesquisa em seu horário de trabalho com consentimento dos gestores de cada instituição.

Após esclarecimento do objetivo do estudo e do método para responder os instrumentos, foi facultado aos profissionais responderem no momento da abordagem do pesquisador ou levar o instrumento para casa e devolvê-los em data determinada de comum acordo, quando solicitado por eles.

Os questionários foram aplicados apenas pelo pesquisador, contando com a ajuda voluntária de uma servidora do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, no recolhimento de instrumentos remanescentes nos setores e informações sobre escalas de plantões para maximizar o número de profissionais coletados no campo. Após a entrega dos questionários, todos foram inspecionados para evitar perdas por omissão ou erros nos instrumentos.

3.7 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada pelo Software SPSS 23.0 para Windows, os dados coletados foram submetidos a análise descritiva e distribuição de frequência, adotando a média para tendência central e desvio padrão, mínimo e máximo para análise da dispersão; os resultados foram apresentados em tabelas de frequência e gráficos.

As variáveis foram submetidas aos testes de normalidade (*kolmogorov smirnov*) e Homogeneidade (Teste de *Levene*), algumas variáveis foram submetidas a transformação logarítmica para normalização dos dados, foi utilizado estatística paramétrica (Teste t independente), com o nível de significância de 5%, sendo considerado significativos os valores

de $p \leq 0,05$ e para avaliar a associação entre as variáveis, foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson (FIELD, 2009).

5. RESULTADOS

5.1 Resultados do perfil sociodemográfico e profissional

O perfil sociodemográfico dos intensivistas pesquisados ($n = 61$), esquematizados na Tabela 1, demonstra uma predominância do sexo feminino com percentual de 86,9% ($n = 53$) da amostra, são profissionais jovens, com idade mínima de 22 anos e máxima de 60 anos, onde 45,9% ($n = 28$) apresentaram faixa etária no intervalo entre 31 e 40 anos. Quanto ao estado civil, existe uma tendência para os profissionais que declararam não ter companheiro: solteiros (37,7%; $n = 23$), divorciados (11,5%; $n = 07$) e viúvos (3,3%; $n = 02$); os que declararam ter companheiro a maioria são casados (39,3%; $n = 24$) e os demais em união estável (8,2%; $n = 05$).

Aproximadamente 45,9% ($n = 28$) não têm filhos, os que declararam ter filhos distribuem-se em: um filho (26,2%; $n = 16$), dois filhos (21,3%; $n = 13$) e três ou mais (6,6%; $n = 04$), quando perguntados se praticam alguma atividade física, 52,5% ($n = 32$) responderam que sim, sendo a musculação a atividade física mais praticada.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos intensivistas participantes da pesquisa ($n = 61$)

Variável		<i>n</i>	<i>f</i> (%)
Sexo	Masculino	08	13,1
	Feminino	53	86,9
Faixa etária ($M = 37,57 (\pm 8,1) / \text{Min/Máx.} = 22 - 60$)*	20 a 30 anos	12	19,7
	31 a 40 anos	28	45,9
	41 a 50 anos	15	24,6
	51 a 60 anos	06	9,8
Estado civil	Casado	24	39,3
	Solteiro	23	37,7
	Divorciado	07	11,5
	Viúvo	02	3,3
	União estável	05	8,2
Número de Filhos	Nenhum	28	45,9

	01	16	26,2
	02	13	21,3
	03 ou mais	04	6,6
Você pratica atividade física	Sim	32	52,5
	Não	29	47,5
Tipo de atividade física	Caminhada	06	18,7
	Corrida	03	9,4
	Musculação	14	43,8
	Não respondeu	04	12,5
	Pilates	04	12,5
	Trilha	01	3,1

*M (Média) e Min/Máx. (Mínimo e Máximo) da faixa etária;

Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Quanto ao perfil profissional dos intensivistas, apresentados na Tabela 2, pode-se observar o maior contingente de técnicos de enfermagem (41,9%; $n = 26$), seguido dos enfermeiros (40,3%; $n = 25$) e dos fisioterapeutas que somam 16,1% ($n = 10$) dos profissionais pesquisados. O nível de formação revela que aproximadamente metade dos profissionais não possuem especialização em sua área de atuação, apenas a graduação e/ou a formação técnica (54,1%; $n = 33$).

Na variável carga horária encontrou-se o maior quantitativo de profissionais, 45,9% ($n = 28$), que declararam trabalhar entre 30 e 45 horas semanais, importante relatar que 18% ($n = 11$) declararam possuir carga horária entre 45 e 60 horas e 9,8% ($n = 06$) tem carga horária maior que 60 horas de trabalho semanal.

A maioria dos profissionais atua apenas em uma UTI (68,9%; $n = 42$), além disso, trabalham nos turnos da manhã, tarde e noite (68,9%; $n = 42$), dependendo da distribuição de plantões na escala mensal. Boa parte dos trabalhadores apontaram que tem vínculo empregatício como estatutários (34,4%; $n = 21$) e prestadores de serviços (36,1%; $n = 22$).

O histórico de tempo em que os profissionais pesquisados exercem função na UTI foi, em média, de 9,3 ($\pm 7,3$) anos com o mínimo de 1 ano e máximo de 31 anos. A maioria já exerce atividade profissional na UTI entre 6 e 15 anos (47,7%; $n = 29$), não houve diferença significativa entre o tipo de UTI em que os pesquisados trabalham, a UTI voltada para o público adulto teve 57,4% ($n = 35$) da amostra, quando perguntados se exercem outra atividade laboral, 78,7% ($n = 48$) apontaram que não.

Tabela 2 - Perfil profissional dos intensivistas participantes da pesquisa (n = 61)

Variável		n	f(%)
Profissão	Fisioterapeuta	10	16,1
	Enfermeiro	25	40,3
	Técnico de Enfermagem	26	41,9
Nível de formação	Graduado / Técnico	33	54,1
	Especialista	22	36,1
	Mestre	05	8,2
	Doutor	01	1,6
Carga horária semanal	Até 20h	03	4,9
	Até 30h	13	21,3
	De 30 à 45h	28	45,9
	De 45 à 60h	11	18,0
	Mais de 60h	06	9,8
Quant. de UTI's que exerce atividade	01	42	68,9
	02	19	31,1
Turno que exerce atividade	Apenas pela manhã	03	4,9
	Apenas pela tarde	02	3,3
	Apenas pela manhã e tarde	13	21,3
	Manhã, tarde e noite	42	68,9
	Apenas pela noite	01	1,6
Vínculo empregatício na instituição	Estatutário	21	34,4
	Prestador de serviço	22	36,1
	Contrato temporário	04	6,6
	À disposição	02	3,3
	CLT	12	19,7
Tipo de UTI	Adulto	35	57,4
	Pediátrica / Neonatal	26	42,6
Tempo que atua na UTI (M = 9,26 (±7,3) / Min/Máx. = 1 - 31)*	0 a 5 anos	23	37,7
	6 a 15 anos	29	47,7
	15 ou mais	09	14,8
Você exerce outra atividade laboral	Sim	13	21,3
	Não	48	78,7

*M (Média), Min/Máx. (Mínimo e Máximo) do tempo de atuação dos pesquisados; Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

5.2 Resultado da análise da prevalência da síndrome de burnout

Ao realizar o diagnóstico da síndrome de burnout, Tabela 3, obteve-se a frequência dos níveis da síndrome em cada dimensão do instrumento, quando consideramos os escores, observamos que na dimensão exaustão emocional (EE), 24,6% ($n = 15$) dos trabalhadores apresentaram níveis altos e 36,1% ($n = 22$) níveis moderados de exaustão, que pode ser entendida como sobrecarga física e emocional.

Em contrapartida, na dimensão despersonalização (DE) encontra-se predominância de nível baixo em 72,1% ($n = 44$) da amostra, seguido de nível moderado 18% ($n = 11$) e apenas 9,8% ($n = 6$) apresentaram alto nível de despersonalização. Por último, na dimensão realização profissional (RP), 26,2% ($n = 16$) dos participantes exibiram alto nível de insatisfação profissional, 41% ($n = 25$) nível moderado e 32,8% ($n = 20$) baixo nível de insatisfação, ressaltando que as pontuações na dimensão RP são inversamente proporcionais, ou seja, quanto mais alto o nível menor a realização profissional.

Ao considerar apenas a predominância de alto nível nas dimensões, obteve-se um quantitativo em que 60,7% ($n = 37$) não exibiram altos índices em nenhuma das dimensões, 24,6% ($n = 15$) apenas em uma dimensão, 11,7% ($n = 07$) em duas dimensões e 3,3% ($n = 02$) altos níveis nas três dimensões.

Tabela 3 - Distribuição dos níveis da síndrome de burnout por dimensão ($n = 61$)

Dimensão		<i>n</i>	<i>f</i> (%)
Exaustão Emocional (EE)	Alto (>27)	15	24,6
	Moderado (17-26)	22	36,1
	Baixo (<16)	24	39,3
Despersonalização (DE)	Alto (>13)	06	9,8
	Moderado (7-12)	11	18,0
	Baixo (<6)	44	72,1
Realização Profissional (RP)	Alto (0-31)	16	26,2
	Moderado (32-38)	25	41,0
	Baixo (>39)	20	32,8
Nível alto nas dimensões do Burnout			
Em nenhuma dimensão		37	60,7
Em uma dimensão		15	24,6
Exaustão Emocional		05	8,2

	Despersonalização	00	00
	Realização Pessoal	10	16,4
Em duas dimensões		07	11,5
	Exaustão + Despersonalização	03	4,93
	Exaustão + Realização	03	4,93
	Despersonalização + Realização	01	1,64
Em três dimensões		02	3,3
	Total	61	100

Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Para detectar a prevalência da síndrome de burnout foi utilizado os critérios de Grunfeld et al., (2000), Tucanduva et al., (2006) e Da Silva et al., (2015), considerando o nível alto em pelo menos uma das dimensões como requisito para diagnóstico da presença da síndrome. Sendo assim, 39,3% ($n = 24$) dos intensivistas pesquisados apresentaram a síndrome.

Ao realizar a distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e laborais com a prevalência da síndrome de burnout, Tabela 4, observou-se entre os profissionais com a síndrome, a maioria são mulheres 92% ($n = 22$), contudo, cabe ressaltar o grande número de mulheres na amostra, graças a presença majoritária das mulheres nos postos de trabalho pesquisados. Aproximadamente 79,2% ($n = 19$) encontram-se na faixa etária acima dos trinta anos, 54,2% ($n = 13$) não possuem companheiro e 62,5% ($n = 15$) possuem filhos.

Ao analisar a presença da síndrome entre as profissões obteve-se a maior frequência entre os enfermeiros com 50% ($n = 12$), na sequência os técnicos de enfermagem com 41,7% ($n = 10$) e entre os fisioterapeutas dois casos 8,3% ($n = 2$). A prevalência da síndrome é maior entre os intensivistas que não possuem especialização 54,2% ($n = 13$), bem como entre os que trabalham na UTI há mais de cinco anos 75% ($n = 18$). O número de casos é maior entre os que desempenham uma carga horária superior a 30 horas semanais 75% ($n = 18$), entre os não estatutários 66,7% ($n = 16$) e aqueles que não praticam atividade física 54,2% ($n = 13$). Não houve diferença significativa entre o tipo de UTI, adulta (50%, $n = 12$) e neo/pediátrica (50%, $n = 12$).

De acordo com as análises entre variáveis sociodemográficas e o burnout, constatou-se que a profissão [$X^2(2) = 0,548$; $p = 0,000088$], o nível de formação [$X^2(1) = -0,580$; $p = 0,000012$] e a prática de atividade física [$X^2(1) = 0,431$; $p = 0,001$], exibiram correlação estatística significativa com associação moderada. As demais variáveis não demonstraram correlação estatística significativa com a presença da síndrome, a saber: sexo [$X^2(1) = -0,114$; $p = 0,381$], faixa etária [$X^2(1) = 0,024$; $p = 0,857$], estado civil [$X^2(1) = -0,028$; $p = 0,833$],

número de filhos [$X^2(1) = 0,136$; $p = 0,297$], tempo de atividade [$X^2(1) = -0,160$; $p = 0,219$], carga horária semanal [$X^2(1) = -0,023$; $p = 0,863$], vínculo empregatício [$X^2(1) = -0,019$; $p = 0,887$], tipo de UTI [$X^2(1) = -0,120$; $p = 0,356$], atividade laboral extra [$X^2(1) = -0,009$; $p = 0,943$].

Tabela 4 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas e profissionais segundo a ocorrência de síndrome de burnout entre intensivistas ($n = 61$)

Variável		Síndrome de Burnout						
		Sim		Não		Total		P valor
		n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	
Sexo	Masculino	02	8,3%	06	16,2%	08	13,1%	0,381*
	Feminino	22	91,7%	31	83,8%	53	86,9%	
Faixa etária	20 a 30 anos	05	20,8%	07	18,9%	12	19,7%	0,857*
	31 ou mais	19	79,2%	30	81,1%	49	80,3%	
Estado civil	Com companheiro	11	45,8%	18	48,6%	29	47,5%	0,833*
	Sem companheiro	13	54,2%	19	51,4%	32	52,5%	
Filhos	Sim	15	62,5%	18	48,6%	33	54,1%	0,297*
	Não	09	37,5%	19	51,4%	28	45,9%	
Profissão	Téc. Enfermagem	10	41,7%	16	43,2%	26	42,6%	0,000088*
	Enfermeiro	12	50,0%	13	35,1%	25	41%	
	Fisioterapeuta	02	8,3%	8	21,6%	10	16,4%	
Nível de formação	Com especialização	11	45,8%	17	45,9%	28	45,9%	0,000012*
	Sem especialização	13	54,2%	20	54,1%	33	54,1%	
Tempo de exercício	0 a 5 anos	06	25,0%	15	40,5%	21	34,4%	0,219*
	5 anos ou mais	18	75,0%	22	59,5%	40	65,6%	
Carga horária semanal	Até 30 horas	06	25,0%	10	27,0%	16	26,2%	0,863*
	Maior que 30 horas	18	75,0%	27	73,0%	45	73,8%	
Vínculo empregatício	Estatutário	08	33,3%	13	35,1%	21	34,4%	0,887*
	Não estatutário	16	66,7%	24	64,9%	40	65,6%	
Tipo de UTI	Adulto	12	50,0%	23	62,2%	35	57,4%	0,356*
	Neo/Pediátrica	12	50,0%	14	37,8%	26	42,6%	
Atividade extra	Sim	05	20,8%	08	21,6%	13	21,3%	0,943*
	Não	19	79,2%	29	78,4%	48	78,7%	
Pratica atividade física	Sim	11	45,8%	21	56,8%	32	52,5%	0,001*
	Não	13	54,2%	16	43,2%	29	47,5%	

* Teste qui-quadrado de Pearson; Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Ao realizar testes de hipóteses com as dimensões do burnout, Tabela 5, o teste-t independente demonstrou que, em média, os profissionais que exercem carga horária maior que 30 horas semanas de trabalho ($M = 2,76$, $SD = 0,529$), apresentam maior nível de despersonalização do que os que exercem carga horária até 30 horas semanas ($M = 2,25$, $SD = 0,856$), ($t(19,2) = -2,216$; $p = 0,039$).

Tabela 5 - Análise estatística da variável carga horária em relação as dimensões da MBI ($n = 61$)

Dimensão	Carga horária semanal	M	DP	P valor
Exaustão Emocional	Até 30 Horas	2,19	0,834	0,817*
	Maior que 30 Horas	2,13	0,786	
Despersonalização	Até 30 Horas	2,25	0,856	0,039*
	Maior que 30 Horas	2,76	0,529	
Realização Pessoal	Até 30 Horas	2,25	0,775	0,269*
	Maior que 30 Horas	2,00	0,769	

* Test-t Independente; M – Média; DP – Desvio padrão; Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

5.3 Resultados da análise da prevalência de doenças ocupacionais

Ao analisar a presença de doenças ocupacionais por dimensão (danos físicos, danos sociais e danos psicológicos), Tabela 6, pode-se observar que na dimensão danos físicos, 45,9% ($n = 28$) situam a avaliação como frequente, ou seja, nível crítico. Na dimensão danos sociais, um participante (1,6%) apresentou nível grave, 6,6% ($n = 04$) nível crítico e a grande maioria, 91,8% ($n = 56$) níveis suportáveis. Quanto aos danos psíquicos, os números indicam uma avaliação mais positiva, com 59 ($n = 96,7\%$) situados no nível suportável e apenas dois profissionais apresentaram níveis críticos.

Tabela 6 - Distribuição dos níveis de acometimento laboral por dimensão ($n = 61$)

VARIÁVEL		<i>n</i>	<i>f</i> (%)
Danos Físicos (DF)	Crítico (2,0 – 3,0)	28	45,9
	Suportável (<1,9)	33	54,1
Danos Sociais (DS)	Grave (3,1 – 4,0)	01	1,6
	Crítico (2,0 – 3,0)	04	6,6
	Suportável (<1,9)	56	91,8
Danos Psicológicos (DP)	Crítico (2,0 – 3,0)	02	3,3
	Suportável (<1,9)	59	96,7

Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

A presença frequente dos sintomas apresentados pelos domínios de cada dimensão da EADRT são preditores do adoecimento do trabalhador, a Tabela 7 identifica a distribuição de frequência e média atingida pelos intensivistas pesquisados em cada um dos domínios. Quanto ao primeiro fator, foram assinalados seis itens, destes, três domínios (dores no corpo, dores nas costas e dores nas pernas) revelaram-se como frequente, grave e outros três domínios (dores nos braços, dor de cabeça e alterações do sono) situam a avaliação como frequente, crítico.

Quanto aos danos sociais, o item de maior valor foi a “vontade de ficar sozinho” com média de 1,54, revelando avaliação mais positiva, suportável. Nos danos psíquicos, o item com maior valor encontrado foi no domínio “mau humor” com média de 1,43.

Tabela 7 - Análise da distribuição de frequência e média de cada domínio do instrumento EADRT dos profissionais intensivistas pesquisados ($n = 61$)

DANOS FÍSICOS	Até três vezes		Acima de três vezes		Média	Nível
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)		
Dores no corpo	29	47,5	32	52,5	3,51	Grave
Dores nos braços	39	63,9	22	36,1	2,79	Crítico
Dor de cabeça	39	63,9	22	36,1	2,69	Crítico
Distúrbios respiratórios	55	90,2	6	9,8	1,03	Suportável
Distúrbios digestivos	56	91,8	5	8,2	1,23	Suportável
Dores nas costas	27	44,3	34	55,7	3,69	Grave
Distúrbios auditivos	58	95,1	3	4,9	0,44	Suportável
Alterações do apetite	50	82,0	11	18,0	1,41	Suportável
Distúrbios na visão	54	88,5	7	11,5	0,93	Suportável
Alteração do sono	39	63,9	22	36,1	2,87	Crítico
Dores nas pernas	33	54,1	28	45,9	3,43	Grave
Distúrbios circulatórios	47	77	14	23	1,89	Suportável
DANOS SOCIAIS						
Insensibilidade em relação aos colegas	60	98,4	1	1,6	0,85	Suportável
Dificuldade nas relações fora do trabalho	57	93,4	4	6,6	0,84	Suportável
Vontade de ficar sozinho	49	80,3	12	19,7	1,54	Suportável
Conflito nas relações familiares	56	91,8	5	8,2	1,16	Suportável
Agressividade com os outros	58	95,1	3	4,9	0,85	Suportável
Dificuldade com os amigos	59	96,7	2	3,3	0,41	Suportável
Impaciência com as pessoas em geral	55	90,2	6	9,8	1,31	Suportável
DANOS PSICOLÓGICOS						
Amargura	58	95,1	3	4,9	0,57	Suportável
Sensação de vazio	56	91,8	5	8,2	0,74	Suportável
Sentimento de desamparo	59	96,7	2	3,3	0,59	Suportável
Mau humor	55	90,2	6	9,8	1,43	Suportável
Vontade de desistir de tudo	56	91,8	5	8,2	0,80	Suportável
Tristeza	54	88,5	7	11,5	1,23	Suportável
Irritação com tudo	55	90,2	6	9,8	1,13	Suportável
Sensação de abandono	59	96,7	2	3,3	0,48	Suportável
Dúvida na capacidade de fazer as tarefas	59	96,7	2	3,3	0,84	Suportável
Solidão	57	93,4	4	6,6	0,70	Suportável

Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Ao realizar testes de hipóteses com as dimensões da EADRT, Tabela 8, o teste-t independente mostrou que, em média, os profissionais que exercem carga horária maior que 30 horas semanais de trabalho ($M = 3,81$, $SD = 0,403$), apresentam maior nível de danos físicos do que os que exercem carga horária até 30 horas semanais ($M = 3,44$; $SD = 0,503$), ($t(32,7) = 2,931$; $p = 0,006$).

Tabela 8 - Análise estatística da variável carga horária em relação as dimensões da EADRT ($n = 61$)

Dimensão	Carga horária semanal	M	DP	<i>P valor</i>
Danos Físicos	Até 30 Horas	3,44	0,503	0,006*
	Maior que 30 Horas	3,81	0,403	
Danos Sociais	Até 30 Horas	3,89	0,383	0,639*
	Maior que 30 Horas	3,94	0,250	
Danos Psicológicos	Até 30 Horas	3,96	0,208	0,160*
	Maior que 30 Horas	4,00	0,204	

* *Test-t* Independente; M – Média; DP – Desvio padrão; Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Ao realizar testes de hipóteses entre os danos físicos e as dimensões do MBI-HSS, Tabela 9, o teste-t independente mostrou que, em média, os profissionais que apresentaram nível crítico de danos físicos ($M = 23,18$; $SD = 10,8$), obtiveram maior nível de Exaustão emocional do que os que apresentaram nível suportável de danos físicos ($M = 18,27$; $SD = 8,07$), ($t(59) = 2,025$; $p = 0,047$).

Tabela 9 - Análise estatística dos danos físicos em relação as dimensões da MBI-HSS ($n = 61$)

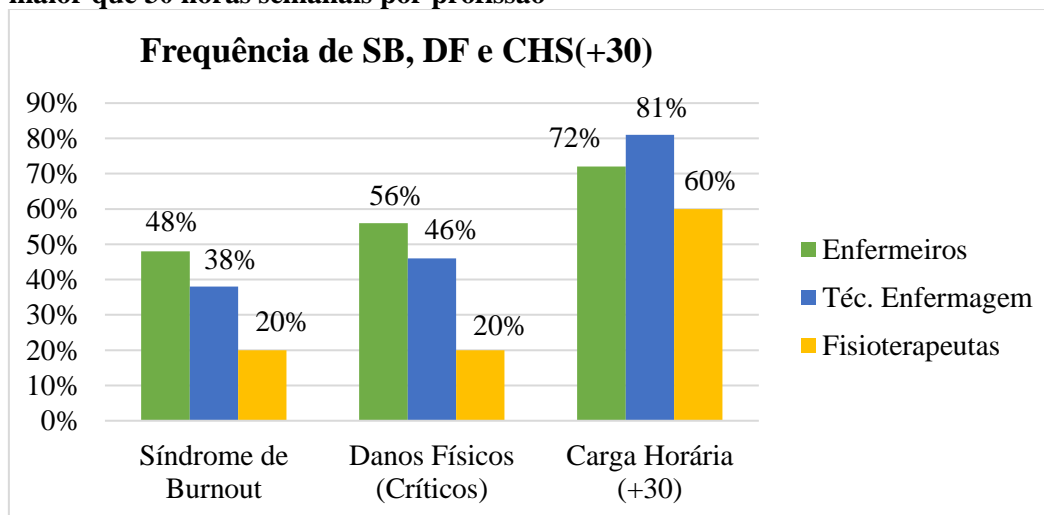
Dimensão	Danos Físicos	M	DP	<i>P valor</i>
Exaustão Emocional	Crítico	23,18	10,8	0,047*
	Suportável	18,27	8,07	
Despersonalização	Crítico	4,64	4,84	0,323*
	Suportável	5,91	5,02	
Realização Profissional	Crítico	32,18	9,24	0,066*
	Suportável	36,00	5,89	

* *Test-t* Independente; M – Média; DP – Desvio padrão; Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

Ao analisar a distribuição da síndrome de burnout em cada subgrupo profissional, obteve-se a maior frequência entre os enfermeiros com 48% ($n = 12$), na sequência, os técnicos de enfermagem com 38,5% ($n = 10$) e entre os fisioterapeutas 20% ($n = 2$). Quanto a distribuição de frequência dos danos físicos obtidos na EADRT, 56% ($n = 14$) dos enfermeiros atingiram níveis críticos, os técnicos de enfermagem corresponderam ao percentual de 46,1% ($n = 12$) e os fisioterapeutas 20% ($n = 2$). Na variável carga horária semanal, os técnicos de enfermagem

que declararam trabalhar mais de 30 horas semanais somaram 80,8% ($n = 21$), os enfermeiros apresentaram percentual de 72% ($n = 18$) e os fisioterapeutas 60% ($n = 06$).

Gráfico 1 - Distribuição de frequência da síndrome de burnout, danos físicos e carga horária maior que 30 horas semanais por profissão



Fonte: dados da própria pesquisa, 2018.

6. DISCUSSÃO

O estudo realizou o levantamento de informações sociodemográficas e laborais, bem como a presença da síndrome de burnout e a autopercepção dos profissionais sobre sintomas relacionados a danos físicos, sociais e psicológicos. Através das informações encontradas, objetivou-se traçar um perfil epidemiológico dos profissionais acometidos pela síndrome e foi realizado uma investigação sobre o impacto das variáveis sociodemográficas e laborais que apresentaram associação significativa no surgimento de sintomas e lesões relacionadas ao trabalho.

Com relação às condições sociodemográficas, os resultados deste estudo revelaram a presença majoritária do gênero feminino, profissionais jovens que declararam não ter companheiro, com pelo menos um filho e que praticam atividade física. Os resultados assemelham-se ao estudo nacional de Andolhe et al., (2015); e dos estudos internacionais de Gracia e Blázquez (2017) e Nowacka et al., (2018) com profissionais do mesmo setor, predominantemente composto por mulheres jovens com filhos.

Os números demonstram a presença massiva das mulheres nos postos de trabalho hospitalares, as profissões de saúde, especialmente a enfermagem e a fisioterapia, tem

predominância de mulheres. Essa predominância tem implicações na saúde desses trabalhadores, pois as mulheres são mais susceptíveis ao estresse em decorrência da dupla jornada de trabalho e outros fatores, por fim, acabam com uma pior qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2012).

Quanto as condições laborais, obteve-se um percentual alto de profissionais que trabalham mais de 30 horas semanas e que atuam na UTI, em média, há $9,26(\pm 7,3)$ anos. Alguns profissionais apresentam valores superiores as 44 horas recomendados pela CLT e seus respectivos conselhos. O estudo de Nascimento et al., (2017) com fisioterapeutas intensivistas, encontrou a carga horária média de $51,08(\pm 25,2)$ horas semanais de trabalho, resultado semelhante ao estudo de Silva, J. et al., (2015), com enfermeiros intensivistas que trabalhavam, em média, $51(\pm 19,3)$ horas semanais. O excesso de horas semanais trabalhadas entre os intensivistas remete a presença de sobrecarga laboral que pode ter impacto no desenvolvimento da síndrome de burnout em algum momento da carreira (SILVA, T. 2013).

Não existe consenso na literatura sobre o peso de cada dimensão do instrumento MBI-HSS, Maslach e Jackson (1981) e Ramirez et al., (1996), preconizam para diagnóstico da síndrome de burnout: alto nível nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixo nível na realização profissional. Golembiewski, Manzenrieder e Carter (1983), consideram apenas a despersonalização como preditora da síndrome, outros autores defendem que apenas o desequilíbrio em uma das dimensões em alto nível é indicativo para o diagnóstico (GRUNFELD et al., 2000, TUCANDUVA et al., 2006; DA SILVA, et al., 2015).

Considerando o surgimento de alto nível em pelo menos uma das dimensões, este estudo encontrou a presença da síndrome em 39,3% ($n = 24$) dos intensivistas pesquisados, a saber, 12 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 02 fisioterapeutas. Em seu estudo, Da Silva, et al., (2015), utilizando os mesmos critérios, encontrou alta prevalência da síndrome com 72 casos (55,3%) entre profissionais da enfermagem atuantes nas unidades de terapia intensiva na cidade do Rio de Janeiro/RJ. Os valores encontrados por Fernandes, Nitsche e Godoy (2015), aproximam-se do presente estudo, tendo identificado a presença da síndrome de burnout em 34 (21,25%) profissionais da enfermagem, técnicos e auxiliares de enfermagem em Botucatu/SP.

Em contrapartida, Nascimento, C. et al., (2017), ao pesquisar a síndrome em fisioterapeutas que atuam no cuidado ao paciente crítico, encontrou resultados que indicam que 16% de sua amostra estão com alto risco de desenvolver a síndrome e que a maioria dos profissionais que participaram do estudo apresentaram baixo risco (80%). Ao recorrer a literatura, observamos que existe uma tendência maior da ocorrência da síndrome ou do elevado

nível nas dimensões em profissionais da enfermagem em comparação com os fisioterapeutas intensivistas.

Ao analisar a associação com teste de qui-quadrado de Pearson entre a profissão e o surgimento da síndrome, encontramos correlação moderada com significância estatística ($p = 0,000088$), o percentual dos profissionais com a síndrome em suas próprias categorias, somam, entre os enfermeiros 48% da totalidade do seu subgrupo, logo em seguida temos os técnicos de enfermagem com 38,46% e entre os fisioterapeutas, apenas 20%. Nowacka et al., (2018), encontrou resultados semelhantes, onde o percentual de enfermeiros com alto nível de exaustão emocional somou 37,14% da amostra, a alta despersonalização acometeu 20,89% e a redução do senso de realização profissional contemplou 64,29% dos profissionais. Quando comparamos ao estudo de Nowakowska-Domagala et al., (2015), com 117 fisioterapeutas, encontramos percentuais menores na exaustão emocional (17%), na despersonalização (16%) e baixa realização profissional (15%).

Não existem estudos comparativos entre enfermeiros e fisioterapeutas com o surgimento e desenvolvimento da síndrome, as disparidades encontradas nos estudos apresentados podem estar relacionadas as questões de metodologia ou tamanho amostral. Contudo, a possível semelhança entre a carga horária de trabalho, a disposição dos turnos, a utilização de esforço físico para o manejo do paciente e a necessidade de lidar com os fatores psicológicos deletérios do trabalho na unidade de terapia intensiva não justificam as diferenças encontradas nos scores.

Sendo assim, é necessário investigar as singularidades de cada profissão e suas variáveis, na literatura, fatores como a carga horária semanal elevada têm mostrado maior associação com a presença da síndrome ou nível elevado nas dimensões do MBI-HSS. Ao extrapolar a carga horária de trabalho os profissionais nas unidades de terapia intensiva estão mais sujeitos ao desgaste profissional, remetendo ao fator que mais tem sido relacionado a síndrome, a sobrecarga de trabalho (DANTAS, 2011).

De acordo com Fernandes, Nitsche e Godoy (2015), que investigou a associação entre síndrome de burnout, uso de álcool e tabagismo em enfermeiros intensivistas, a carga horária de trabalho superior a 12 horas diárias tem influência no desenvolvimento de altos índices de exaustão emocional, bem como na despersonalização. Ao realizarmos testes de hipóteses com as dimensões do burnout, foi encontrado maiores níveis de despersonalização em profissionais que exercem carga horária maior que 30 horas semanas de trabalho ($p = 0,039$). Sanchez et al., (2016) relata que fisioterapeutas que se dedicam mais de 40 horas por semana direta aos pacientes e familiares, são aqueles que apresentam o maior nível de exaustão emocional e despersonalização.

Ademais, foi observado o nível de sobrecarga por profissionais que declararam trabalhar mais de trinta horas semanais, os números são maiores entre os técnicos de enfermagem (80,76%), os enfermeiros atingiram valor aproximado (72%) e entre os fisioterapeutas os valores se mantem elevados (60%). Nota-se que a carga horária se manteve equânime entre as profissões, com maior frequência entre técnicos, enfermeiros e fisioterapeutas, respectivamente.

Após constatar a influência da carga horária semanal com os maiores níveis de despersonalização, foi levantado a hipótese da influência da carga horária elevada com os níveis de danos físicos. De acordo com Silva, A. (2018), ao analisar os danos relacionados ao contexto de trabalho da enfermagem em unidades neonatais, a intensa carga horária e a elevada demanda de trabalho favoreceram o surgimento de danos físicos em nível crítico. Sendo assim, após realizar levantamento de danos físicos com a EADRT, foi identificado que os profissionais que exercem carga horária maior que 30 horas semanas de trabalho apresentam maior nível de danos físicos do que os que exercem carga horária até 30 horas semanas ($p = 0,006$).

Não podemos desconsiderar que os danos físicos relacionados ao trabalho têm forte influência no surgimento de estresse e maior tendência a sinais de fadiga, dores musculares, surgimento de DORT e outros agravos. Mediante análise dos danos físicos em nível crítico, os enfermeiros foram os mais atingidos, com percentual de 56% de casos entre eles, os técnicos de enfermagem somaram 46% dos casos e entre os fisioterapeutas, apenas 20%.

Os resultados mostram que mesmo com carga horária semelhante, os fisioterapeutas apresentam menores danos físicos em detrimento das outras categorias, podemos sugerir que o conhecimento dos mecanismos de lesão, da biomecânica preventiva e da ergonomia por parte dos fisioterapeutas ao realizarem suas condutas pode ser fator protetivo ao desenvolvimento e agravamento do adoecimento físico. Em contrapartida, Silva, G. et al., (2016), ao estudar os danos à saúde relacionados ao trabalho de fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva, verificou alta frequência (76,56%) de danos à saúde nos fisioterapeutas com destaque para o dano osteomuscular relacionado ao trabalho (54,69%).

Toda via, Nascimento, C. et al., (2017), ao analisar a qualidade de vida e a síndrome de burnout entre fisioterapeutas intensivistas, relata que obteve uma correlação negativa entre o domínio físico do instrumento que avalia qualidade de vida (WOQOLbref) e a despersonalização do MBI-HSS, ou seja, se o domínio físico da qualidade de vida estiver elevado, o nível de despersonalização terá tendência em diminuir. Deste modo, foi investigado a relação entre os danos físicos e as dimensões da síndrome burnout, o teste-t independente mostrou que, em média, os profissionais que apresentaram nível crítico de danos físicos

obtiveram maior nível de exaustão emocional do que os que apresentaram nível suportável ($p = 0,047$), não houve resultado significativo entre a despersonalização ($p = 0,323$) e a realização profissional ($p = 0,066$).

Nessa perspectiva, a correlação encontrada entre a presença da síndrome de burnout e a prática de atividade física não apresenta um direcionamento claro ao exposto acima. Visto que os profissionais que apresentaram a síndrome, 54,2% relataram não praticar nenhuma atividade física; outrossim, entre os profissionais que não apresentaram a síndrome, os dados se mantêm equilibrados, com 56,8% relatando a prática regular de atividade física. Além dos fatores organizacionais do trabalho (carga horária excessiva, mais de um vínculo de trabalho, espaço físico inadequado, falta de autonomia e dificuldades interpessoais com a equipe), devemos considerar os fatores externos, como a prática de atividade física, relações familiares, entre outros.

Neto et al., (2013), analisou a qualidade de vida e o nível de atividade física de profissionais da saúde em unidades de terapia intensiva, dos 246 profissionais, (78%) dos enfermeiros foram considerados inativos, seguidos dos médicos (75,9%), fisioterapeutas (58,3%) e técnicos de enfermagem (55,1%). Os indivíduos considerados ativos apresentaram maiores escores nos domínios de capacidade funcional, vitalidade e saúde mental, quando comparados aos inativos.

Não é possível realizar conclusões concretas, porém, os achados do presente estudo, reforçados ou contraditos com os estudos apresentados, parecem demonstrar uma série de correlações entre as variáveis que podem influenciar ou mitigar a presença da síndrome de burnout. A carga horária semanal acima de trinta horas demonstrou influência direta nos níveis de despersonalização, assim como nos níveis de danos físicos, por conseguinte, os danos físicos considerados críticos também se correlacionam com o aumento dos níveis de exaustão emocional. Quanto maiores forem os níveis de exaustão emocional e despersonalização maior a probabilidade de o indivíduo desenvolver a síndrome (MASLACH; JACKSON, 1981).

O trabalho em saúde exige intensa dedicação, atenção na realização das tarefas e constante aperfeiçoamento, além de conciliar as necessidades do paciente, as competências do próprio profissional e a estrutura da instituição (ZANATTA, 2013). Os profissionais da saúde com jornada de trabalho superior a trinta horas semanais estão mais expostos as cargas de trabalho (biológicas, fisiológicas, químicas, mecânicas e psíquicas) e suas consequências, a defesa de condições de trabalho para uma prática segura está associado com a responsabilidade na qualidade da assistência prestada aos pacientes e na proteção da saúde dos trabalhadores (FELLI, 2012; PIRES et al., 2010).

Além disso, o nível de formação apresentou associação estatística significativa ($p=0,000012$), pode-se observar que os profissionais sem especialização foram os mais acometidos pela síndrome, corroborando com estudos em que enfermeiros menos escolarizados apresentaram níveis significativamente mais altos de burnout. (KIM; YEOM, 2018). Não existe consenso na literatura sobre a influência do nível de formação do profissional com o surgimento da síndrome, contudo, o ambiente da unidade de terapia intensiva expõe os profissionais ao contato com pacientes críticos em risco de morte e a precisão na condução dos casos podem afetar negativamente profissionais que se sintam desqualificados ou inseguros na execução das suas atividades.

Após análise da EADRT foi possível aprofundar as informações sobre os danos físicos, mentais e sociais sofridos pelos trabalhadores pesquisados, na dimensão danos físicos quase metade da amostra apresentou nível crítico (moderado), com relação aos danos sociais, os percentuais são mais brandos, onde um participante apresentou nível grave (frequente) e quatro nível crítico (moderado); quanto aos danos psíquicos, os números indicam uma avaliação mais positiva, com dois profissionais identificados em níveis críticos (moderado).

Segundo Hoffman, Travassos e Zanini (2014, p. 10) “os itens propostos pelos fatores desta escala retratam situações muito graves relacionadas à saúde, por isso, a sua aparição e repetição num nível moderado já significa adoecimento.” Os resultados mostram que a maior intensidade de danos foi encontrada no fator físico, em que os itens com maiores pontuações, respectivamente, foram: dores nas costas, dores no corpo, dores nas pernas, alterações do sono, dores nos braços e dor de cabeça. Os resultados corroboram com o estudo Silva, G. et al., (2016), o autor ainda destaca que os profissionais pesquisados vivenciaram em algum momento algum tipo de DORT.

Observando a rotina dos fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem nas unidades de terapia intensiva onde realizamos o estudo, em geral, os profissionais trabalham em posição ortostática com flexão de tronco para execução de condutas ou manejo do paciente no leito. O mau posicionamento pode explicar o surgimento de lesões musculoesqueléticas e os índices elevados de dores apontados pelos profissionais na EADRT, no caso dos técnicos de enfermagem, algumas atividades rotineiras as suas práticas diárias podem agravar ainda mais as lesões, como o banho e as transferências de decúbitos dos pacientes, principalmente, quando estão sedados ou em coma.

Ao analisar os resultados dos danos psicológicos parece haver um contrassenso entre os resultados obtido no fator psicológico da EADRT e os resultados da síndrome aferidos no MBI-HSS, os itens como amargura, mau humor, tristeza, solidão, entre outros, abordados no fator

psicológico podem ser associados a sintomas apresentados por profissionais acometidos pela síndrome de burnout. No entanto, por se tratar de uma escala autoaplicável que avalia a autopercepção do avaliado, sintomas psicológicos podem ser negligenciados ou mesmo omitidos pelo profissional. Visto que a dificuldade histórica em aceitar problemas psicológicos como recorrentes entre a sociedade atinge também os profissionais da saúde, diferentemente dos problemas físicos, que tem maior aceitação entre os indivíduos.

O fato dos profissionais tomarem conhecimento sobre os fatores que geram riscos a sua saúde, possibilita o enfrentamento e a criação de estratégias defensivas pelos trabalhadores e pelo serviço, fornecendo subsídios para a promoção de políticas que proporcionem a redução de lesões ocupacionais (SILVA, G. et al., 2016). A UTI é um ambiente naturalmente estressante e requer atenção especial com os profissionais, em virtude do seu objetivo que é a saúde dos pacientes e as consequências que podem surgir com os efeitos nocivos do estresse crônico. (BARROS et al., 2016).

É ponto pacificado entre os estudiosos que o ambiente da unidade de terapia intensiva pode desencadear fatores estressantes e agravos físicos, sociais e psicológicos ligados a síndrome de burnout. No entanto, segundo Rodrigues; Barbosa e Chivone (2013), as características pessoais e ambientais dos profissionais têm sido a causa mais comum para a instalação da síndrome, o que não acontece tão frequentemente com as variáveis sociodemográficas.

No presente estudo foi possível identificar associação da síndrome com variáveis laborais como a profissão, o nível de formação e carga horária semanal, mas nenhuma associação significativa com as variáveis sociodemográficas. O burnout tem causas multifatoriais, trata-se de uma combinação entre características pessoais, tipo de atividade executada e as condições da instituição onde é realizado o trabalho. Esses fatores podem mediar ou facilitar o processo de estresse ocupacional que pode atingir o perfil da síndrome de burnout. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O estudo teve algumas limitações, não é possível generalizar as conclusões em decorrência do tamanho da amostra, a baixa adesão dos profissionais pesquisados limitou a dimensão do estudo. Esta baixa adesão se deve a forma com que foi desenvolvida a coleta, mesmo com a pactuação dos gestores das instituições, a coleta foi realizada nos postos de trabalho dos pesquisados, geralmente, em um pequeno intervalo no seu horário de serviço. O que diminuiu drasticamente a disponibilidade e cooptação de um número maior de profissionais. Além disso, considerando a variabilidade das tarefas executadas por cada

profissão, a análise das categorias profissionais separadamente pode fornecer resultados mais concretos e distinções pontuais sobre o perfil dos profissionais e seus agravos.

A identificação dos elementos associados ao comprometimento dos trabalhadores é fundamental para que sejam trabalhados à luz da saúde e segurança dos profissionais, através de medidas de prevenção, promoção e proteção. Reduzido as limitações laborais e minorando as consequências dos distúrbios que acometem esses trabalhadores (SILVA, 2018).

7. CONCLUSÃO

Este estudo teve a proposta de identificar e analisar a prevalência da síndrome de burnout entre os intensivistas dos Hospitais públicos (Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho), a síndrome foi encontrada em maior porcentagem entre os Enfermeiros (48%), Técnicos de enfermagem (38%) e, por fim, Fisioterapeutas (20%); nas categorias do MBI-HSS analisadas, prevaleceu o alto índice para exaustão emocional (25%) e para a insatisfação profissional (26%).

O estudo encontrou associação significativa entre a síndrome e o tipo de profissão do respondente, bem como, seu nível de formação. Além disso, os testes demonstraram correlação entre a carga horária semanal e o alto nível nas dimensões, os profissionais com carga horária maior que 30 horas semanais de trabalho apresentaram maior nível de despersonalização e danos físicos. As variáveis sociodemográficas não apresentaram relação significativa com o surgimento da síndrome.

Por fim, mesmo com algumas limitações, é possível concluir que este estudo contribuiu para identificar o perfil dos profissionais pesquisados e a presença da síndrome de burnout, vale ressaltar a necessidade de perspectivas de estudos individuais mais aprofundados em cada categoria profissional com amostras maiores para melhor confiabilidade nos resultados. Além disso, mediante os resultados positivos para a síndrome e os danos laborais, é necessária uma atuação direta da gestão e dos profissionais em prol da promoção e prevenção de saúde dos seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M. H. de S. P.; PINHEIRO, M. DA P.; LA CAVA, A. M. Riscos inerentes ao trabalho da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Acreditação**, v. 1, n. 1, p. 29–45, 2011.
- ANDOLHE, R. et al. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 58–64, 2015.
- BARBOSA, F. T. et al. Correlation between weekly working time and burnout syndrome among anesthesiologists of Maceió/AL. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, Maceió/AL, v. 67, n. 2, p. 115–121, mar./abr. 2017.
- BARROS, M. M. S. et al. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTI's de Sergipe. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 377–389, 2016.
- BATAILLE, S. La reconstruction professionnelle après un burnout. **Références en santé au travail**, v. 137, p. 59–71, 2014.
- BATISTA, J. V.; BARROS, E. O.; MORAIS, J. M. D.; MOREIRA, M. A. D.; COSTA, T. F.; BRITO, F. M. Burnout syndrome in health workers: integrative review. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 12, p. 7118–7126, dez, 2013.
- BECK, T.W. The importance of a priori sample size estimation in strength and conditioning research. **The Journal of Strength and Conditioning Research**, v. 27, n. 8, p. 23–37, ago. 2013.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: Quando o trabalho a saúde ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo/SP: Casa de Psicólogo, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BUSCHINELLI, José Tarcísio. **Manual de orientação sobre controle médico ocupacional da exposição a substâncias químicas**. São Paulo: Fundacentro, 2014.

CARLOTTO, M. S.; DIAS, S. R. S.; BATISTA, B.V. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores da USF. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015.

DA SILVA, J. L. L.; SOARES, R. S.; COSTA, F. S.; RAMOS, D. S.; LIMA, F. B. L.; TEXEIRA, L. R. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 125–133, 2015.

DANTAS, T. **Prevalência da Síndrome de Burnout em Enfermeiros da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência no Estado de Paraíba**. 2011. 137 f. Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHALAT, Jean-François. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 150-173.

EMBRIACO, N.; AZOULAY, E.; BARRAU, K.; KENTISH, N.; POCHARD, F.; LOUNDOU, A.; PAPA ZIAN, L. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 175, n. 1, p. 686-692. maio. 2007.

FERNANDES, L. S.; NITSCHKE, M. J. T.; DE GODOY, I. Burnout Syndrome in nursing professionals from an Intensive Care Unit. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 551-557, abr./jun. 2017.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 4, p. 178–181, 2012.

FIELD, Andy. **Descobrendo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIANASI, L. B. DE S.; DE OLIVEIRA, D. C. A síndrome de burnout e suas representações entre profissionais de saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 756–772, 2014.

GOLEMBIEWSKI, R. T.; MUNZENRIDER, R.; CARTER, D. Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. **J Appl Behav Sci**. v. 983, n. 19, p. 461-481. 1983.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, 2018.

GRACIA-GRACIA, P.; OLIVÁN-BLÁZQUEZ, B. Burnout and mindfulness self-compassion in nurses of intensive care units: Cross-sectional study. **Holistic Nursing Practice**, v. 31, n. 4, p. 225–233, 2017.

GRUNFELD, E.; WHELAN, T.J.; ZITZELSBERGER, L.; WILLAN, A. R.; MONTESANTO, B.; EVANS, W. K. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **Canadian Medical Association Journal**, v. 163, n. 2, p. 166, jul. 2000.

HOFFMANN, C.; TRAVERSO, L. D.; ZANINI, R. R. Contexto de trabalho das pessoas com deficiência no serviço público federal: contribuições do inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento. **Gestão & Produção**, v. 21, n. 4, p. 707–718, 2014.

KIM, H. S.; YEOM, H. A. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 46, p. 92–97, nov. 2018.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Early Predictors of Job Burnout and Engagement. **Journal of Applied Psychology**, v. 93, n. 3, p. 498–512, 2008.

MATOSO, L. M. L.; RODRIGUES, D. N. J. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.9, n.2, p.2-19, jul./dez. 2016.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (organizador). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENEZHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225–233, abr./jun. 2011.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PENA, Paulo Gilvane Lopes. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; TIRONI, M. O. S.; FILHO, E. S. M. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 106–115, 2010.

NASCIMENTO, C. P.; MORAIS, K. C. S.; MIRANDA, V. C.; FERREIRA, J. B. Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas Intensivistas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 188, 2017.

NETO, A. C. de F. A.; ARAÚJO, R. C.; PITANGUI, A. C. R.; DE MENEZES, L. C.; FRANÇA, E. E. T.; COSTA, E. C.; ANDRADE, F. M. D.; JUNIOR, M. A. DE V. C. Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 06, p. 711–719, 2013.

NICOLAU, M. T. O trabalho em unidades hospitalares: Particularidades profissionais e desafios institucionais. In: TEXEIRA, M. R. **O multifacetado trabalho em unidades de saúde no século XXI**. São Paulo: Dom Bosco, 2014. p. 127-153.

NOWACKA, A. et al. Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 10, p. 2083, 2018.

NOWAKOWSKA-DOMAGALA, K. et al. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. **Medicine**, v. 94, n. 24, p. e906, 2015.

OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, A. L.; GOMES, M. J.; BITTAR, T. O.; PEREIRA, A. C. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.

PEREIRA, M. S.; TEXEIRA, C. M. T.; RIBEIRO, O.; MARRERO, P. H.; FONSECA, A. M.; CARVALHO, A. S. Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 3, p. 55–64, nov./dez. 2014.

PIRES, D. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 114–118, 2010.

RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M. A.; CULL, A.; GREGORY, W. M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. **Lancet**. v. 347, n. 9003, p. 724-728, mar. 1996.

RIBEIRO, R. DE N.; FAJARDO, A. P. **Síndrome de burnout em profissionais da saúde de um serviço especializado em um hospital geral público**. 2011. 28f. Projeto de pesquisa (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Porto Alegre, 2011.

RODRIGUES, R. T. S.; BARBOSA, G. S.; CHIAVONE, P. A. Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 245–253, 2013.

SANCHEZ, B. G. S.; ARZAL, M. V. G.; FERNANDEZ, J. M.; DONOSO, E. V.; MANSILLA, J. R.; ADAN, J. C. M. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 63, n. 4, p. 361-365, abr. 2017.

SILVA, A. P. B. **Riscos e danos relacionados ao contexto do trabalho da equipe de enfermagem de unidades neonatais**. 2018. 136 f. Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2018.

SILVA, G. DE J. P. DA et al. Danos à saúde relacionados ao trabalho de fisioterapeutas que atuam em terapia intensiva. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 7, n. 2, p. 31–44, ago. 2016.

SILVA, I. S.; CRUZ, E. A. DA. Trabalho da enfermeira intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 42, n. 3, p. 554–562, 2008.

SILVA, T. L. A. **Aspectos socioeconômicos e demográficos relacionados ao estresse e a síndrome de Burnout em fisioterapeutas no Brasil**. 2013. 81 f. (Pós-graduação em ciências da saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Tese de Doutorado. Natal, 2013.

SZKLAR C. O. L. **A Síndrome de Burnout em profissionais da área de saúde**. WEBARTIGOS, 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-sindrome-de-burnout-em-profissionais-da-area-de-saude/81394/#ixzz2eR9yP94n>>. Acesso em: 06 agosto 2018.

TRIGO, T. R. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: GLINA, D. M.; ROCHA, L.E. (organizadoras). **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 160-75.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010.

TUCUNDUVA, L. T. C. DE M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 2, p. 108–112, abr. 2006.

ZANATTA, A. B. **A Prevalencia da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde trabalhadores de um hospital oncohematológico infantil na cidade de Campinas/SP**. 2013. 144 f. Dissertação de mestrado (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2013.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TÍTULO DO PROJETO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E AUTOPERCEPÇÃO DE DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB.

Esta pesquisa tem a finalidade de investigar a ocorrência de Síndrome de burnout entre os profissionais que desenvolvem atividades laborais em unidades de terapia intensiva no município de João Pessoa – Paraíba. É desenvolvida por alunos pesquisadores do Curso de Fisioterapia da UFPB, sob a orientação da Professora Dra. Simone Dos Santos Maciel – Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Solicitamos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica. Os dados serão coletados de três questionários estruturados. O primeiro será um questionário destinado ao levantamento das características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. O segundo é o inventário em burnout de Maslach (MBI) que objetiva estabelecer a ocorrência da síndrome de burnout entre os respondentes e o terceiro é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionado ao Trabalho - EADRT.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo, esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo ou, a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Solicitamos, portanto, o seu consentimento de forma livre para a participação nesta pesquisa. Para tanto, preencha os itens que se seguem:

Do consentimento livre e esclarecido

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos seus resultados.

João Pessoa/PB, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

Questionário de Identificação dos Dados Sociodemográficos e Laborais

Sexo: () Masculino () Feminino
Idade:
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo() União Estável
Número de filhos:
Profissão: () Fisioterapeuta () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
Nível de formação: () Graduado () Especialista () Mestre () Doutor
Qual sua carga horária semanal de trabalho na instituição: () até 20h () até 30h () de 30 à 45h () de 45 à 60h () Mais que 60h
Quantas UTI's você trabalha:
Em que turnos você trabalha: () apenas pela manhã () apenas pela tarde () apenas pela manhã e tarde () manhã, tarde e noite () apenas pela noite
Quantos anos de trabalho na UTI:
Situação do Vínculo de trabalho: () Estatutário () Prestador de serviço () CLT () Contrato temporário () à disposição () Outro: _____.
Você exerce alguma outra atividade profissional: () Sim () Não
Você realiza alguma atividade física: () Não () Sim Qual:_____.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA BURNOUT

MARQUE “X” na coluna correspondente:

0 –nunca / 1 – uma vez ao ano ou menos / 2–uma vez ao mês ou menos / 3– algumas vezes ao mês
4 – uma vez por semana / 5– algumas vezes por semana / 6 – todos os dias

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	0	1	2	3	4	5	6
1	Sinto-me esgotado (a) emocionalmente devido ao meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cansado (a) ao final da jornada de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado (a).	0	1	2	3	4	5	6
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido eficazmente (que age com eficiência) com os problemas das pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
8	Meu trabalho deixa-me exausto (a).	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida dos outros.	0	1	2	3	4	5	6
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me com muita vitalidade (força).	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me frustrado (que não atingiu o seu ideal, a sua ambição, o seu desejo) em meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
14	Creio que estou trabalhando em demasia. (excesso)	0	1	2	3	4	5	6
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	0	1	2	3	4	5	6
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto-me no limite das minhas possibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais em minha profissão.	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO B

Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT)

Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos SEIS MESES**.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis vezes
---------------------	--------------	-----------------	-----------------	----------------------	---------------------	--------------------

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

(MENDES e FERREIRA, 2007).